



# Salutevita

Servizi sociosanitari  
e assistenziali

## MODULO PER APPREZZAMENTI - SUGGERIMENTI - RECLAMI.

Gentile Sig./Sig.ra,

se ritiene che questa Fondazione, nei suoi confronti, non abbia rispettato i principi fondamentali o gli standard indicati nella Carta dei Servizi, la invitiamo a compilare il presente modulo e a riconsegnarlo mediante una delle seguenti modalità:

- \* invio a mezzo posta elettronica all'indirizzo [info@salutevita.it](mailto:info@salutevita.it)
- \* invio a mezzo posta all'indirizzo Via XXIX Luglio, 28 Sermide e Felonica 46028 (MN)
- \* inserimento nell'apposito contenitore all'ingresso della Fondazione
- \* inserimento modulo nell'apposito contenitore all'ingresso di ciascuna casa della Fondazione

Nella compilazione, La preghiamo di fornirci e dettagliare tutte le informazioni necessarie per riuscire a risolvere il problema da Lei segnalato nel più breve tempo possibile.

Sarà nostra cura contattarla entro 20 giorni dalla data di ricevimento del modulo per fornirle una risposta.

La informiamo inoltre che questo modulo può essere utilizzato anche per farci pervenire suggerimenti circa il miglioramento del/i servizio/i.

Le garantiamo il rispetto della privacy e la riservatezza dei dati e la ringraziamo per il contributo e la collaborazione che ci vorrà offrire.

### **IMPORTANTE (barrare) riferimento della segnalazione:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RSA casa Canossa                    | <input type="checkbox"/> RSA casa Solaris                    |
| <input type="checkbox"/> C-Dom casa Canossa                  |  |
| <input type="checkbox"/> RSA aperta casa Canossa             | <input type="checkbox"/> RSA aperta casa Solaris             |
| <input type="checkbox"/> Servizio riabilitativo casa Canossa | <input type="checkbox"/> Servizio riabilitativo casa Solaris |

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE (descrizione)

---

---

---

---

---

---

---

---

AVVENUTO IL GIORNO \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

PERSONE COINVOLTE: \_\_\_\_\_

---



SERVIZIO COINVOLTO (assistenza diretta all'ospite, assistenza medico infermieristica, terapia fisica, animazione, pulizia, cucina, guardaroba, parrucchiere, barbiere, servizio amministrativo)

---

NOME E COGNOME DELL'UTENTE \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL FAMILIARE/CAREGIVER \_\_\_\_\_

GRADO DI PARENTELA O DI RAPPORTO CON L'UTENTE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO o INDIRIZZO e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_